DECIZIA (UE) 2015/248 A COMISIEI

din 15 octombrie 2014

privind măsurile SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN) puse în aplicare de Republica Slovacă în favoarea Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP) și Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VZP)

[notificată cu numărul C(2014) 7277]

(Numai textul în limba slovacă este autentic)

(Text cu relevanță pentru SEE)

COMISIA EUROPEANĂ,

având în vedere Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene (denumit în continuare „TFUE"), în special articolul 108 alineatul (2) primul paragraf,

având în vedere Acordul privind Spațiul Economic European, în special articolul 62 alineatul (1) litera (a),

după ce părțile interesate au fost invitate să își prezinte observațiile în conformitate cu dispozițiile menționate anterior ([1]),

întrucât:

1. **Procedură**

(1) La 2 aprilie 2007, Comisia a primit o plângere din partea companiei de asigurări de sănătate private Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s (denumită în continuare „Dôvera" sau „reclamantul") privind o presupusă măsură de ajutor de stat în favoarea companiei de asigurări de sănătate deținută de stat, Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s (denumită în continuare „SZP"), sub forma unei majorări a capitalului social al acesteia cu 450 de milioane SKK (aproximativ 15 milioane EUR), la 26 ianuarie 2006.

(2) La 21 august 2009, Comisia a solicitat informații Republicii Slovace. În urma prelungirii termenului-limită de răspuns, autoritățile slovace au furnizat informațiile solicitate în scrisoarea din 24 septembrie 2009.

(3) Prin scrisoarea din 26 februarie 2010, Comisia a solicitat Republicii Slovace să furnizeze informații suplimentare cu privire la injecția de capital, precum și clarificări cu privire la sistemul de egalizare a riscurilor (RES) instituit de Slovacia, o altă măsură care ar putea fi clasificată drept ajutor de stat. Prin scrisoarea din 25 martie 2010, autoritățile slovace au solicitat o prelungire a termenului-limită de răspuns la cerere, care a fost acceptată de Comisie prin scrisoarea din 31 martie 2010. Comisia a reamintit Republicii Slovace, la 16 iunie 2010, să prezinte informațiile, iar autoritățile slovace au răspuns la cerere prin scrisoarea din 9 iulie 2010. Astfel cum a solicitat Comisia în scrisoarea din 4 noiembrie 2010, Republica Slovacă a transmis o versiune neconfidențială a răspunsului respectiv, la 3 decembrie 2010.

(4) La 1 ianuarie 2010, SZP a fuzionat cu cealaltă companie slovacă de asigurări de sănătate deținută de stat, Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s (denumită în continuare „VZP"). Din 1998 și până în 2005 cel puțin, cele două societăți pe acțiuni deținute de stat au primit portofoliile de asigurări ale altor companii de asigurări de sănătate.

(5) În cadrul a două reuniuni între Comisie și Dôvera, organizate la 10 octombrie 2010 și 15 martie 2011, s-a discutat obiectul plângerii și funcționarea sectorului asigurărilor de sănătate în Slovacia. În prezentarea din 15 iulie 2011, Dôvera a furnizat informații suplimentare cu privire la natura sectorului asigurărilor de sănătate din Slovacia și a extins obiectul plângerii prin includerea a trei noi presupuse măsuri de ajutor acordate în favoarea SZP și VZP: (i) achitarea datoriilor SZP de către întreprinderea deținută de stat Veritel' a.s. în perioada 2004-2005 prin intermediul a două plăți de 52,7 milioane EUR și respectiv, 28 de milioane EUR; (ii) o subvenție de 7,6 milioane EUR acordată SZP de către Ministerul Sănătății în 2006; și (iii) o majorare de capital finanțată de stat în valoare totală de 65,1 milioane EUR acordată VZP la 1 ianuarie 2010. În consecință, Comisia a invitat autoritățile slovace să își prezinte observațiile cu privire la plângerea extinsă prin introducerea noilor afirmații. În urma prelungirii termenului-limită de răspuns, autoritățile slovace au furnizat, prin scrisoarea din 11 noiembrie 2011, informațiile solicitate.

([1]) JO C 278, 26.9.2013, p. 28.

(6) În urma reuniunii din 15 decembrie 2011 cu serviciile Comisiei, Dôvera a furnizat informații suplimentare cu privire la natura sectorului asigurărilor de sănătate prin scrisoarea din 16 ianuarie 2012.

(7) Prin scrisoarea din 2 iulie 2013, Comisia a informat autoritățile slovace că a decis inițierea procedurii oficiale de investigare prevăzute la articolul 108 alineatul (2) din tratat (denumită în continuare „decizia de inițiere a procedurii"). Decizia a fost publicată în *Jurnalul Oficial al Uniunii Europene* ([2]), iar părțile interesate au fost invitate să își prezinte observațiile.

(8) Prin scrisoarea din 24 iulie 2013, autoritățile slovace au solicitat o prelungire a termenului-limită de prezentare a observațiilor cu privire la decizia de inițiere a procedurii, prelungire acordată de Comisie prin scrisoarea din 30 iulie 2013. Prin scrisoarea din 27 august 2013, Republica Slovacă și-a prezentat observațiile cu privire la decizia de inițiere a procedurii.

(9) Comisia a primit observații privind decizia de inițiere a procedurii din partea a cinci părți terțe: din partea Institutului pentru reforme economice și sociale (INEKO) prin scrisoarea din 15 octombrie 2013; din partea Union zdravotná poisťovňa, a.s. (denumită în continuare „Union Health Insurance") prin scrisoarea din 25 octombrie 2013; din partea Institutului pentru politici de sănătate (denumit în continuare „HPI") prin scrisoarea din 28 octombrie 2013; din partea Združenie zdravotných poisťovní SR (denumită în continuare „ZZP", Asociația companiilor de asigurări de sănătate din Slovacia) prin scrisoarea din 28 octombrie 2013, precum și din partea Dôvera prin scrisoarea din 11 noiembrie 2013.

(10) Observațiile respective au fost transmise autorităților slovace prin scrisoarea din 20 noiembrie 2013. La 20 decembrie 2013, autoritățile slovace au solicitat o prelungire a termenului-limită de răspuns la observații, și anume până la 31 ianuarie 2014, prelungire acceptată de Comisie în aceeași zi. Prin scrisoarea din 29 ianuarie 2014, Slovacia a răspuns la observațiile prezentate de părțile terțe cu privire la decizia de inițiere a procedurii.

(11) La 2 aprilie 2014 a avut loc o reuniune între serviciile Comisiei și autoritățile slovace.

(12) La 11 aprilie 2014 și 25 august 2014, Comisia a solicitat informații suplimentare, iar Slovacia a răspuns prin scrisorile din 15 mai 2014 și 27 august 2014.

2. **Context**

2.1. EVOLUȚIA SISTEMULUI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OBLIGATORII DIN SLOVACIA

(13) În 1994, Slovacia a trecut de la un sistem unic de asigurări de sănătate controlat de stat la un model pluralist, în care entitățile publice și cele private puteau funcționa în paralel. O reformă aprofundată, cuprinzând Legea nr. 581/2004 și Legea nr. 580/2004 care au intrat în vigoare la 1 ianuarie 2005 (denumită în continuare „reforma din anul 2005"), a modificat regulile privind redistribuirea contribuțiilor percepute pentru asigurările de sănătate și a modificat forma juridică a tuturor companiilor de asigurări (indiferent dacă acestea erau deținute de stat ori se aflau în proprietate privată) de la entități juridice *sui generis* la entități înregistrate ca societăți comerciale cu răspundere limitată (și anume, societăți pe acțiuni de drept privat care au ca obiectiv realizarea de profit). O autoritate independentă de reglementare, Autoritatea de supraveghere în domeniul sănătății din Slovacia (denumită în continuare „HSA") a fost înființată pentru a acorda licențe de operare și pentru a supraveghea respectarea de către companiile de asigurare a normelor aplicabile. În esență, reformele respective au fost concepute pentru a contribui la o mai mare eficiență în utilizarea resurselor disponibile și la o creștere a calității serviciilor de asistență medicală ([3]).

(14) În Slovacia, toate companiile de asigurări de sănătate, atât publice, cât și private, oferă asigurări de sănătate obligatorii pentru rezidenții slovaci ([4]). Posibilitatea prevăzută de Legea nr. 580/2004 de a oferi, de asemenea, asigurări de sănătate individuale suplimentare față de pachetul de prestații de bază inclus în asigurarea de sănătate

([2]) A se vedea nota de subsol 1.

([3]) A se vedea, de asemenea, raportul din 2004, Hlavačka S, Wágner R, Riesberg A. *Health care systems in transition: Slovakia* („Sistemele de sănătate în tranziție: Slovacia") (vol. 6 nr. 10 2004), p. 36 și următoarele, publicat de Observatorul european pentru sisteme și politici de sănătate (disponibil la http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf), în special p. 99.

([4]) În conformitate cu articolul 3 din Legea nr. 580/2004, persoanele fizice cu reședința permanentă în Republica Slovacă trebuie să fie asigurate în cadrul sistemului public de asigurări de sănătate. Legea prevede excepții, dar numai în cazul persoanelor care dețin o asigurare medicală într-o altă țară. Articolul 3 definește, de asemenea, persoanele care trebuie să fie asigurate în cadrul sistemului public de asigurări de sănătate, chiar dacă persoanele respective nu au reședința permanentă în Republica Slovacă. În prezenta decizie, termenul „rezidenți slovaci" se referă, după caz, la toate categoriile de persoane care trebuie să fie asigurate în cadrul sistemului public de asigurări de sănătate.

obligatorie a rămas redusă datorită caracterului cuprinzător al prestațiilor medicale acoperite de sistemul obligatoriu ([5]). De asemenea, în 2005, un act legislativ a acordat posibilitatea tuturor companiilor de asigurări de sănătate să ofere asigurare de sănătate voluntară persoanelor care nu pot beneficia de asigurarea de sănătate obligatorie ([6]).

(15) În 2007, Legea nr. 530/2007 de modificare a Legii nr. 581/2004 a interzis companiilor de asigurări care își desfășoară activitatea în sectorul asigurărilor de sănătate obligatorii plata profiturilor sub formă de dividende, cu efect de la 1 ianuarie 2008, și a impus astfel obligația de a reinvesti excedentele generate în cadrul sistemului de sănătate slovac. Prin urmare, companiile de asigurări de sănătate nu au fost autorizate să își distribuie profiturile în niciun mod începând din ianuarie 2008. Cu toate acestea, la 26 ianuarie 2011, Curtea Constituțională slovacă a declarat interdicția privind distribuirea profitului ca fiind incompatibilă cu mai multe dispoziții din Constituția slovacă. În urma hotărârii menționate, în iulie 2011 autoritățile slovace au modificat Legea nr. 530/2007 prin Legea nr. 250/2011, în scopul de a permite companiilor de asigurări de sănătate să distribuie din nou (acționarilor lor) profiturile realizate în sectorul asigurărilor de sănătate obligatorii, sub rezerva anumitor condiții ([7]). Ca urmare a modificărilor legislative menționate, în decembrie 2011 Comisia a închis o procedură de constatare a neîndeplinirii obligațiilor privind restricțiile de plată a profitului ([8]).

(16) La 31 octombrie 2012, autoritățile slovace au aprobat un plan de proiect pentru crearea unui sistem unitar nonprofit de asigurare de sănătate obligatorie în Republica Slovacă ce ar putea fi introdus fie prin preluarea voluntară (până la 1 ianuarie 2014) a companiilor private de asigurări de sănătate, fie prin exproprierea acestora (până la 1 iulie 2014) și instituirea unei singure companii de asigurări de sănătate (deținută de stat) ([9]). Cu toate acestea, la momentul adoptării prezentei decizii, nicio etapă a proiectului menționat mai sus nu a fost pusă în aplicare până în prezent ([10]).

2.2. COMPANIILE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE DIN SLOVACIA

(17) În temeiul legislației slovace, compania de asigurări de sănătate este definită ca o societate pe acțiuni cu sediul social în Republica Slovacă, înființată pentru a oferi servicii publice de asigurări de sănătate obligatorii pe baza unei autorizații acordate de Autoritatea de supraveghere în domeniul sănătății.

(18) Rezidenții slovaci pot încheia contracte cu oricare dintre următorii trei asigurători pentru a obține un pachet de asigurare de sănătate obligatorie:

(a) societatea slovacă pe acțiuni deținută de stat, VZP, care a fost înființată la 1 iulie 2005; societatea menționată a fost înființată prin transformarea întreprinderii publice VšZP, înființată în temeiul Legii nr. 273/1994 din 1 noiembrie 1994 ca succesoare a Companiei Naționale de Asigurări (Národná poisťovňa) care aparține de Administrația Casei de Asigurări de Sănătate; VZP a fuzionat cu compania deținută de stat SZP la 1 ianuarie 2010 în temeiul Legii nr. 533/2009 (prin urmare, după caz, entitatea comună este denumită în continuare „SZP/VZP"); Republica Slovacă este unicul acționar al VZP;

(b) societatea pe acțiuni cu capital privat, Dôvera (acționarul său principal este Grupul financiar central european PENTA); Dôvera a fost înființată la 1 octombrie 2005 și a fuzionat cu o altă companie de asigurări de sănătate slovacă privată, Apollo, la 31 decembrie 2009. În 2010, entitatea rezultată în urma concentrării reprezenta cea mai mare companie privată de asigurări de sănătate din Slovacia;

(c) societatea pe acțiuni cu capital privat, Union Health Insurance, care a fost înființată la 9 martie 2006 și care este membră a grupului Achmea, anterior Eureko, cu sediul în Țările de Jos.

([5]) A se vedea, de asemenea, raportul din 2011, Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M și van Ginneken E., *Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition* („Slovacia: Revizuirea sistemului de sănătate. Sistemele de sănătate în tranziție" (vol. 13 nr. 2 2011), publicat de Observatorul European pentru sisteme și politici de sănătate (disponibil la http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), p. 78.

([6]) Legea nr. 352/2005, și anume privind persoanele care nu au reședința permanentă și care nu sunt angajate în Slovacia, precum și persoanele care au reședința permanentă în Slovacia, dar au asigurare de sănătate în străinătate. Conform răspunsului prezentat de autoritățile slovace la decizia de inițiere a procedurii, posibilitatea introducerii unei asigurări voluntare a fost abrogată, cu efect de la 1 mai 2010, prin Legea nr. 121/2010.

([7]) Condițiile sunt următoarele: 1. utilizarea obligatorie a profitului pentru constituirea unei rezerve de maxim 20 % din capitalul social vărsat (fondul de rezervă poate fi utilizat doar pentru a acoperi pierderi); și 2. constituirea obligatorie a unor rezerve tehnice pentru plata asistenței medicale planificate a persoanelor asigurate de pe listele de așteptare.

([8]) Procedura privind încălcarea nr. 2008/4268, în care Comisia Europeană a trimis guvernului slovac o scrisoare de punere în întârziere în temeiul normelor pieței interne, prin care constată că interdicția privind dreptul companiilor de asigurări de sănătate de a dispune liber de profiturile rezultate din furnizarea de asigurări publice de sănătate în Slovacia în temeiul secțiunii 15 alineatul (6) din Legea nr. 581/2004 constituie o restricție nejustificată privind libera circulație a capitalurilor garantate de articolul 63 din tratat.

([9]) Curtea Permanentă de Arbitraj și-a declinat de curând competența cu privire la cererile companiei neerlandeze Achmea (proprietara Union Health Insurance) îndreptate împotriva planurilor respective, a se vedea Achmea/Republica Slovacă, cauza Curții Permanente de Arbitraj nr. 2013-12, decizia din 24 mai 2014, disponibilă la adresa: http://news.achmea.nl/achmea-discloses-awards-of-arbitration-tribunals/

([10]) A se vedea http://spectator.sme.sk/articles/view/54162/3/achmea_loses_against_slovakia.html

(19) Tabelul de mai jos prezintă evoluția cotelor de piață ale diferitelor companii care au furnizat servicii de asigurări de sănătate obligatorii în Republica Slovacă în perioada 20082013 ([11]):

An	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ([1])
Companii	Număr de persoane asigurate (%)					
VZP	55,4	55,0	66,74	65,79	64,4	64,09
SZP	13,6	12,0	2010: SZP fuzionează cu VZP			
Apollo	8,4	10,0	2010: Apollo fuzionează cu Dôvera			
Dôvera	16,2	16,0	26,37	26,8	27,75	27,49
Union	6,4	7,0	6,89	7,41	7,85	8,42

([1]) A se vedea, de asemenea, punctul 37 din hotărârea Curții Permanente de Arbitraj din 24 mai 2014 în cauza CPA nr. 2013-12, Achmea/Republica Slovacă (a se vedea nota de subsol 9 de mai sus).

(20) Toate companiile de asigurări de sănătate sunt societăți pe acțiuni, iar regulamentul privind proprietatea permite atât statului, cât și sectoarelor private să fie acționari. Toate companiile de asigurări de sănătate sunt obligate să îndeplinească anumite criterii de solvabilitate. Întrucât se confruntă cu constrângeri bugetare stricte, companiile menționate sunt pe deplin responsabile pentru deficitele financiare. Ca societăți comerciale pe acțiuni înființate în temeiul dreptului comun al societăților comerciale, companiile de asigurări de sănătate își gestionează în mod autonom operațiunile și costurile asistenței medicale.

(21) Companiile de asigurări de sănătate pot avea profit și chiar obțin profit ([12]). Veniturile companiilor de asigurare din Slovacia provin din contribuțiile la asigurări, din bugetul de stat (contribuții efectuate în numele persoanelor inactive din punct de vedere economic și o subvenție menită să acopere creșterea costurilor serviciilor de sănătate), din proprietățile deținute, din donații și din alte încasări. Companiile de asigurări de sănătate pot obține profit, de exemplu îmbunătățindu-și sistemul de gestionare și negociind contractele cu furnizorii de servicii medicale.

2.3. PRINCIPALELE CARACTERISTICI ALE SECTORULUI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OBLIGATORII DIN SLOVACIA

2.3.1. **Obiectivul social și interesul public**

(22) Sistemul slovac de asigurări de sănătate obligatorii urmărește atingerea unui obiectiv social, și anume să permită furnizarea de asistență medicală și menținerea unui sistem de asigurări de sănătate viabil. Cetățenii au dreptul la asigurare de sănătate și rezidenții slovaci au obligația de a fi asigurați ([13]). Dreptul la asistență medicală gratuită pe baza asigurării de sănătate reprezintă o obligație constituțională în Republica Slovacă ([14]). Potrivit autorităților slovace, în Republica Slovacă, prin furnizarea de asigurare de sănătate obligatorie, companiile de asigurări de sănătate îndeplinesc o obligație constituțională în numele statului, și anume furnizarea de asigurări de sănătate rezidenților slovaci prin intermediul sistemului de asigurări de sănătate obligatorii din Slovacia. Republica Slovacă este responsabilă prin lege pentru finanțarea sistemului de sănătate și pentru acoperirea pierderilor în sectorul asistenței medicale ([15]). În conformitate cu articolul 2 din Legea nr. 580/2004 privind asigurările de sănătate, furnizarea de asigurare obligatorie de sănătate publică constituie o activitate de interes public, în a cărei desfășurare sunt gestionate fonduri publice.

([11]) Cifrele corespunzătoare perioadei 2011-2013 au fost furnizate de reclamant în observațiile privind decizia de inițiere a procedurii.
([12]) Decizia de inițiere a procedurii, considerentele 23-24.
([13]) Obligația de a fi asigurat este prevăzută prin lege pentru toate persoanele definite (articolul 3 din Legea nr. 580/2004). Toți cetățenii desemnați prin lege sunt obligați din punct de vedere juridic să plătească contribuții la asigurările de sănătate publică (articolul 11 din Legea nr. 580/2004). Neplata contribuțiilor este clasificată drept infracțiune.
([14]) Articolul 40 din Constituția Republicii Slovace prevede printre „drepturile și libertățile fundamentale" garantate constituțional: „Orice persoană are dreptul la protecția sănătății sale. Pe baza asigurării de sănătate, cetățenii au dreptul la asistență medicală gratuită și la materiale medicale în condițiile prevăzute de lege."
([15]) Mai exact, coroborat cu modificările legislative adoptate în 2004, Republica Slovacă a stins datorii în valoare de aproape 1 miliard EUR, care fuseseră suportate de sectorul sănătății, inclusiv datoriile companiilor de asigurări de sănătate private (conform informațiilor furnizate Comisiei de autoritățile slovace la 9 iulie 2010).

2.3.2. **Afilierea obligatorie, înregistrarea deschisă și tarifarea comună**

(23) În conformitate cu dispozițiile Legii nr. 580/2004 și ale Legii nr. 581/2004, în Slovacia, participarea la programul public de asigurări de sănătate este obligatorie pentru majoritatea populației din Republica Slovacă ([16]). În Slovacia, asigurarea de sănătate obligatorie acoperă, de asemenea, persoanele asigurate în conformitate cu Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului ([17]), până la 30 aprilie 2010 și, începând cu 1 mai 2010, în conformitate cu Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului ([18]).

(24) Persoanele asigurate au dreptul de a opta pentru o companie de asigurări de sănătate la alegere și de a schimba compania de asigurări o dată pe an. În temeiul obligației de înregistrare deschisă și al principiului tarifării comune, companiilor de asigurări de sănătate din Slovacia le revine obligația juridică de a-i accepta în cadrul sistemului lor de asigurări pe toți rezidenții slovaci care solicită acest lucru, cu condiția ca rezidenții respectivi să îndeplinească cerințele legale aplicabile referitoare la asigurările de sănătate din Slovacia. În special, companiile de asigurări de sănătate nu pot refuza să asigure o persoană pe motive de vârstă, stare de sănătate sau risc de îmbolnăvire ([19]) și trebuie să ofere asigurări de sănătate de bază la același preț pentru toți cetățenii, indiferent de factorii menționați.

(25) Prin urmare, sistemul slovac de asigurări de sănătate include, de asemenea, o structură juridică pentru împărțirea egală a riscului între companiile de asigurări de sănătate pe baza unui sistem de egalizare a riscurilor (RES). În temeiul RES ([20]), companiile de asigurări de sănătate care asigură persoanele asociate cu un risc mai ridicat primesc fonduri de la companiile de asigurare al cărui portofoliu este asociat cu un risc mai scăzut, și anume prin realocarea lunară și anuală a contribuțiilor și gestionarea transferurilor ([21]).

2.3.3. **Prestații și contribuții în funcție de venit**

(26) În Slovacia, asigurarea de sănătate obligatorie se bazează pe un sistem de contribuții obligatorii. Valoarea contribuțiilor este definită prin lege și este proporțională cu veniturile asiguratului (similar cu impozitul pe venit), mai degrabă decât cu riscul asigurat (cum ar fi vârsta persoanei asigurate sau starea de sănătate). Contribuțiile care fac parte din fondurile publice potrivit autorităților slovace sunt percepute de la: 1. salariați și angajatori; 2. lucrătorii care desfășoară o activitate independentă; 3. persoanele care au devenit șomere în mod voluntar; 4. stat (pentru „asigurații la stat", și anume grupul majorității persoanelor inactive din punct de vedere economic); 5. plătitorii de dividende.

(27) Tuturor asiguraților le este garantat același nivel al prestațiilor de bază („pachetul de prestații de bază"). Nu există nicio legătură directă între valoarea contribuțiilor plătite către sistem și prestațiile ([22]) primite. Serviciile medicale acoperite de asigurarea de sănătate obligatorie sunt acordate indiferent de contribuțiile plătite de asigurat.

(28) Pachetul de prestații de bază al asigurărilor de sănătate obligatorii acoperă aproape toate procedurile de asistență medicală furnizate în Republica Slovacă, ceea ce înseamnă că, practic, pachetul de prestații de bază acordă asistență medicală completă. În prezent, pachetul de prestații de bază oferă tuturor persoanelor asistență medicală gratuită cu excepția unor tratamente (de exemplu, chirurgia plastică), a câtorva plăți parțiale pentru produse farmaceutice și tratamente balneare, și a anumitor servicii conexe de asistența medicală (de exemplu, vizitele la serviciile medicale de urgență). Pachetul de prestații de bază poate fi redus sau extins prin decret guvernamental (fără negocieri parlamentare). Întrucât Constituția slovacă garantează fiecărui cetățean asistență medicală în cadrul sistemului de asigurări de sănătate obligatorii în conformitate cu condițiile prevăzute de lege, companiile de asigurări nu au nicio influență asupra pachetului de prestații, asupra nivelului de acoperire sau asupra primelor pachetului de prestații de bază, întrucât acestea sunt stabilite prin lege.

(29) Companiile de asigurări de sănătate slovace au posibilitatea de a adăuga și chiar adaugă la pachetul de prestații de bază diverse drepturi suplimentare (prestații) la alegere, care acoperă servicii care nu sunt incluse în listă, dar care sunt oferite gratuit de asigurători clienților lor ca parte a aceluiași pachet de servicii de asistență medicală în temeiul asigurării de sănătate obligatorie. De exemplu, conform informațiilor disponibile, se pare că societățile de asigurare de sănătate pot decide să ofere acoperirea suplimentară a anumitor tratamente complementare și preventive în baza pachetului de asigurare obligatorie de sănătate menționat. Prestațiile suplimentare sunt diferite de serviciile de asigurări de sănătate individuale care pot fi oferite în schimbul unei taxe.

([16]) A se vedea nota de subsol 4.
([17]) Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială lucrătorilor salariați, lucrătorilor care desfășoară activități independente și membrilor familiilor acestora care se deplasează în cadrul Comunității (JO L 149, 5.7.1971, p. 2).
([18]) Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială (JO L 166, 30.4.2004, p. 1).
([19]) A se vedea, de asemenea, articolul 6 alineatul (9) din Legea nr. 580/2004.
([20]) Partea 3 din Legea nr. 580/2004.
([21]) A se vedea considerentele 45-47 de mai jos.
([22]) A se vedea Legea nr. 577/2004.

2.3.4. **Selecția furnizorilor de asistență medicală și servicii**

(30) Companiile de asigurări de sănătate au dreptul de a-și selecta furnizorii de asistență medicală și de a negocia contracte cu medicii și cu fiecare spital în parte. Prin urmare, companiile de asigurări de sănătate încheie contracte cu fiecare furnizor de servicii medicale în parte; contractele sunt încheiate independent unul de celălalt, iar un furnizor de asistență medicală poate încheia contracte cu toate companiile de asigurări de sănătate sau doar cu unele dintre companiile respective și invers. Companiile de asigurări de sănătate rambursează serviciile furnizate atât de stat, cât și de furnizorii de asistență medicală privați.

(31) Pentru a asigura accesibilitatea geografică a serviciilor de sănătate, guvernul a stabilit o cerință de rețea minimă menită să influențeze planificarea capacității. În ceea ce privește furnizarea de asigurări de sănătate obligatorii, companiile de asigurări de sănătate sunt obligate prin lege să încheie un contract cu o rețea minimă de spitale. Fiecare companie de asigurări de sănătate își creează propriile rețele și își îmbunătățește rețeaua minimă prin încheierea de contracte selective cu alte spitale și cu alți furnizori de servicii de asistență medicală. Serviciile de sănătate furnizate de spitalele respective și/sau de alți furnizori de servicii și care sunt incluse în asigurările de sănătate obligatorii sunt acoperite, prin urmare, de compania de asigurări de sănătate în favoarea persoanelor asigurate. Companiile de asigurări de sănătate dispun de o anumită marjă de apreciere în ceea ce privește negocierea cu spitalele în vederea stabilirii prețului și a calității serviciilor medicale furnizate persoanelor asigurate.

2.3.5. **Cadrul de reglementare**

(32) Sistemul de asigurări de sănătate obligatorii din Republica Slovacă este reglementat de dispoziții speciale ([23]). Toate companiile de asigurări de sănătate care furnizează asigurări de sănătate obligatorii au, prin lege, statut, drepturi și obligații identice. Companiile de asigurări de sănătate trebuie să fie înființate cu scopul de a desfășura activități de asigurări de sănătate publică și nu trebuie să desfășoare alte activități decât cele enumerate la punctul 6 din Legea nr. 581/2004. Activitățile companiilor de asigurări de sănătate care gestionează sistemul obligatoriu de asigurări de sănătate fac obiectul controlului general al statului care se exercită, în special, prin intermediul autorității de reglementare – Autoritatea de supraveghere în domeniul sănătății, care are rolul de a monitoriza și a supraveghea sistemul de sănătate. Autoritatea de supraveghere în domeniul sănătății supraveghează dacă furnizorii și companiile de asigurări de sănătate se conformează cadrului legislativ menționat și intervine în cazul în care sunt încălcate legile.

3. **Descrierea măsurilor contestate**

(33) Prezenta decizie analizează următoarele șase măsuri (denumite în continuare, împreună, „măsurile contestate") ([24]):

3.1. MAJORAREA CAPITALULUI SZP ÎN 2006

(34) Prin scrisoarea din 2 aprilie 2007, compania de asigurări de sănătate private Dôvera a înaintat o plângere Comisiei împotriva injecției de capital în valoare de 450 de milioane SKK (aproximativ 15 milioane EUR), realizată de Republica Slovacă în compania SZP deținută de stat în trei tranșe, în perioada 28 noiembrie 2005-18 ianuarie 2006.

(35) Majorarea de capital menționată a fost asociată cu reforma sistemului de sănătate și cu reforma realizată în perioada 2004-2005 în sectorul asigurărilor de sănătate din Republica Slovacă. De fapt, la momentul înființării sale ca societate pe acțiuni în 2005, SZP, în calitate de succesor legal al unei instituții publice ([25]), era obligată prin lege să preia nu doar elementele de activ ale companiei de asigurări inițiale, ci și elementele de pasiv ale acesteia rezultate înainte de 2005, a căror valoare a cauzat un nivel de solvabilitate necorespunzător, astfel cum este prevăzut la punctul 14 alineatul (1) din Legea privind companiile de asigurări de sănătate (Legea nr. 581/2004). La 31 decembrie 2005 pasivele respective se ridicau la 467,765 de milioane SKK (aproximativ 15,5 milioane EUR).

([23]) De exemplu, relația dintre persoana asigurată și compania de asigurări de sănătate nu este stabilită prin contract ci prin lege (a se vedea punctul 4 din Legea nr. 580/2004). De asemenea, supravegherea companiilor de asigurări de sănătate și furnizarea de asistență medicală sunt reglementate prin lege.

([24]) Actele sunt descrise în detaliu în decizia de inițiere a procedurii, considerentele 44-72.

([25]) În calitate de instituție publică, înainte de 1 mai 2005, SZP a funcționat ca o companie de asigurări cu un portofoliu de asigurări specific și relativ limitat și, spre deosebire de alte companii de asigurări de sănătate, SZP a fost obligată, de asemenea, să acopere asistența medicală preventivă și asistența medicală specifică oferită în cazul accidentelor de muncă și a bolilor profesionale.

3.2. ACHITAREA DATORIILOR SZP DE CĂTRE VERITEĽ

(36) Veriteľ a fost înființată ca o nouă agenție de stat pentru consolidarea datoriilor din sectorul asistenței medicale în 2003 ([26]) și a fost mandatată de guvernul slovac să pună în aplicare un proiect pentru anularea datoriilor acumulate de instituțiile care acordă asistență medicală și de companiile de asigurări de sănătate, anterior reorganizării fondurilor de asigurări de sănătate existente ca societăți comerciale pe acțiuni la 30 septembrie 2005. Procesul de anulare a datoriilor a fost realizat în conformitate cu rezoluțiile guvernului slovac.

(37) În perioada 2003-2005, Veriteľ a achitat datorii în sectorul sănătății cu o valoare contabilă de peste 1 100 de milioane EUR la costul de 644 de milioane EUR în numerar. Întrucât Ministerul Sănătății a anunțat că aceasta era ultima acțiune de salvare a sistemului de sănătate, agenția Veriteľ a fost desființată în anul 2006 ([27]).

(38) Reclamantul susține că achitarea de către Veriteľ a datoriei SZP în valoare de 52,7 milioane EUR, care depășește suma primită de reclamat însuși ([28]), indică un tratament discriminatoriu nejustificat în cadrul procesului de achitare a datoriilor. Cu toate acestea, principala preocupare a reclamantului este că, la 30 noiembrie 2005 (prin urmare, ulterior transformării), Veriteľ a mai achitat aproximativ 28 de milioane EUR din restul datoriei pe care SZP o avea către contul de redistribuire a primelor speciale. Acest lucru s-a realizat prin atribuirea de către SZP către Veriteľ a unor solicitări de prime și interese. SZP a atribuit Veriteľ aproximativ 929 de milioane SKK constând în solicitări de prime și interese (din care aproximativ 343 de milioane SKK în interese). În schimb, Veriteľ a realizat o contraprestație în valoare de 840 de milioane SKK (aproximativ 28 de milioane EUR) în favoarea SZP, prin compensarea datoriei către contul de redistribuire a primelor speciale ([29]).

3.3. SUBVENȚIA ACORDATĂ SZP ÎN 2006

(39) În a doua jumătate a anului 2006, o nouă subvenție a fost acordată SZP de Ministerul Sănătății prin utilizarea unei părți din bilanțul de lichidare al Veriteľ care a fost dizolvată în iulie 2006. Potrivit reclamantului, valoarea subvenției s-a ridicat la aproximativ 7,6 milioane EUR.

(40) Reclamantul susține că subvenția menționată a fost acordată pentru achitarea datoriilor SZP către furnizorii de asistență medicală care datează din perioada anterioară anului 2005, deși nu este clar dacă datoriile respective existau în continuare la momentul acordării subvenției.

(41) Cu toate acestea, în opinia autorităților slovace, resursele financiare din bilanțul de lichidare al Veriteľ nu au fost acordate SZP, ci unităților medicale care la acea dată erau deținute de stat, pentru plata datoriilor (de exemplu, contribuțiile la sistemul de asigurări de sănătate pentru angajații lor) către SZP. În consecință, în opinia autorităților slovace, nu a fost vorba despre nicio subvenție, ci mai degrabă de o simplă plată de către stat a datoriilor existente (a primelor neplătite pentru asigurările de sănătate).

3.4. MAJORAREA DE CAPITAL A VZP ÎN 2010

(42) Republica Slovacă, prin intermediul Ministerului Sănătății, și-a majorat capitalul social deținut în cadrul VZP la 1 ianuarie 2010. Majorarea capitalului social s-a ridicat la 65,1 milioane EUR.

(43) Potrivit reclamantului, întrucât VZP era pe punctul de a intra în insolvență, se pare că statul a acționat în acest mod pentru a elimina deficitul de venituri al VZP. De asemenea, reclamantul susține că statul nu a avut absolut nicio speranță că va beneficia de rentabilitatea investiției într-un termen rezonabil, în special având în vedere că Slovacia introdusese recent o lege care împiedica companiile de asigurări de sănătate să își distribuie profiturile.

(44) Potrivit autorităților slovace, majorarea de capital a VZP în 2010 a fost realizată pentru a se elimina efectele crizei financiare și pentru a se oferi sprijin VZP, astfel încât aceasta să facă față presiunii de a crește nivelul de îndatorare, în contextul unei cereri tot mai mari de asistență medicală.

([26]) Veriteľ, a.s. a fost înființată în temeiul Rezoluției nr. 262 din 2 aprilie 2003.

([27]) A se vedea raportul din 2011, Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M și van Ginneken E, „Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition" („Slovacia: Revizuirea sistemului de sănătate. Sistemele de sănătate în tranziție") (vol. 13 nr. 2 2011), publicat de Observatorul european pentru sisteme și politici de sănătate (disponibil la http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf), p. 142.

([28]) Prin comparație, potrivit reclamantului, predecesorii Dôvera care împreună aveau dimensiuni mai mari decât SZP au beneficiat doar de o sumă de 27,25 milioane EUR pentru achitarea datoriilor.

([29]) Potrivit reclamantului, care citează Raportul privind anchetarea activităților Veriteľ, a.s. De-a lungul existenței sale, Ministerul de Finanțe din Republica Slovacă, septembrie 2007.

3.5. SISTEMUL DE EGALIZARE A RISCURILOR (RES)

(45) În evaluarea sa preliminară, Comisia a constatat, de asemenea, că în Republica Slovacă finanțarea companiilor de asigurări de sănătate include un mecanism de punere în comun și partajare a riscurilor – sistemul de egalizare a riscurilor (RES).

(46) Sistemul de egalizare a riscurilor ([30]) se aplică integral tuturor companiilor de asigurări de sănătate care furnizează asigurări de sănătate în Republica Slovacă. În timp ce contribuțiile la asigurările de sănătate obligatorii sunt percepute de către companiile de asigurări de sănătate direct de la angajatori, de la lucrătorii care desfășoară o activitate independentă, de la contribuabilii independenți (persoanele care au devenit șomere în mod voluntar), de la stat și de la plătitorii de dividende, repartizarea veniturilor și a cheltuielilor între companiile de asigurări de sănătate este inegală din cauza structurii diferite a populațiilor asigurate. Pentru a ușura sarcina financiară a companiilor de asigurări de sănătate cu un portofoliu de risc mai ridicat și pentru a reduce potențialul de selecție a riscurilor, contribuțiile sunt redistribuite între companiile de asigurări de sănătate prin intermediul sistemului de egalizare a riscurilor, pe baza unui calcul stabilit de Autoritatea de supraveghere în domeniul sănătății ([31]). Parametrii utilizați în cadrul sistemului de egalizare a riscurilor sunt vârsta, sexul și, începând din 2010, statutul activității economice a asiguratului.

(47) Autoritățile slovace consideră că sistemul de egalizare a riscurilor nu reprezintă o formă de ajutor de stat ci mai degrabă o egalizare a fondurilor în conformitate cu criteriile sistemului de egalizare a riscurilor aplicabile pentru persoanele asigurate, și anume o formă de solidaritate între persoanele asigurate care, prin urmare, nu constituie ajutor de stat.

3.6. TRANSFERURILE DE PORTOFOLIU CĂTRE SZP ȘI VZP

(48) O altă măsură care a atras atenția Comisiei în cadrul evaluării preliminare este existența mai multor transferuri directe, prin intervenția statului, către SZP și VZP, ale portofoliilor altor companii de asigurări de sănătate (în special ale companiei Družstevná zdravotná poisťovňa către VZP și ale companiei Európská zdravotná poisťovňa către SZP), care au fost lichidate în timp.

(49) Potrivit Dôvera, portofoliul EZP a fost transferat direct către SZP chiar dacă au existat și alți operatori interesați pe piață, întrucât limitele și condițiile de transfer au fost neclare.

(50) Republica Slovacă susține că decizia Autorității de supraveghere în domeniul sănătății de a transfera portofoliul EZP către SZP fără nicio contraprestație este în conformitate cu dispozițiile Legii nr. 581/2004 și respectă, de asemenea, dreptul asiguratului de a-și alege o companie de asigurări de sănătate. Republica Slovacă susține că și alte companii de asigurări și-au exprimat interesul față de portofoliul respectiv, dar cu o serie de condiții care ar fi prelungit în mod disproporționat procesul de lichidare. De asemenea, potrivit autorităților slovace, având în vedere că transferul portofoliilor în cauză a vizat toate cererile și toate pasivele companiei lichidate, nu a fost acordat niciun avantaj beneficiarilor SZP și VZP.

4. **Motivele care au condus la inițierea procedurii oficiale de investigare**

(51) În decizia de inițiere a procedurii, Comisia a exprimat îndoieli în ceea ce privește stabilirea caracterului economic sau neeconomic al activității în cauză și a precizat că, având în vedere particularitățile cazului, este posibil ca atât SZP/VZP, cât și celelalte companii care oferă asigurări de sănătate în cadrul sistemului slovac de asigurări de sănătate obligatoriu să fi fost angajate într-o activitate economică începând cu 1 ianuarie 2005. Se consideră că amestecul de caracteristici economice și neeconomice ale sistemului slovac de asigurări de sănătate obligatorii a făcut necesară efectuarea unei analize aprofundate a diferitelor elemente și a importanței acestora în cadrul sistemului pentru a stabili dacă activitatea de asigurare de sănătate obligatorie, astfel cum este organizată și realizată în Slovacia, poate fi considerată de natură economică (începând cu 1 ianuarie 2005) sau neeconomică.

(52) De asemenea, Comisia a precizat că, în cazul în care activitatea ar trebui să fie considerată ca având caracter economic, aceasta nu are suficiente informații la dispoziție pentru a stabili dacă măsurile analizate conferă SZP/VZP un avantaj selectiv.

(53) După ce Comisia a ajuns la concluzia că nu putea, prin urmare, să excludă existența unui ajutor de stat în etapa respectivă, în lipsa unor argumente specifice sau a unor indicații clare cu privire la compatibilitatea măsurilor cu piața internă, aceasta și-a exprimat, de asemenea, îndoielile cu privire la faptul că măsurile în cauză ar putea fi considerate compatibile cu piața internă în temeiul articolului 106 alineatul (2) sau al articolului 107 alineatul (3) litera (c) din tratat, în cazul în care s-ar concluziona că măsurile se califică drept ajutor de stat.

([30]) Partea 3 din Legea nr. 580/2004.
([31]) A se vedea considerentele 60-67 din decizia de inițiere a procedurii pentru mai multe detalii cu privire la sistemul de egalizare a riscurilor.

(54) În acest context, Comisia a precizat că o concluzie finală cu privire la faptul dacă activitatea în materie de asigurări de sănătate obligatorii din Republica Slovacă are într-adevăr caracter economic sau neeconomic, dacă măsurile de stat îndeplinesc toate celelalte condiții pentru a constitui ajutor de stat și, în caz afirmativ, dacă acestea sunt compatibile cu piața internă, ar putea fi formulată numai într-o decizie finală care urmează să fie adoptată după finalizarea procedurii oficiale de investigare, după ce au fost colectate toate informațiile disponibile (inclusiv alte observații din partea statelor membre și din partea părților terțe) și s-a efectuat o evaluare detaliată a tuturor informațiilor.

5. **Observațiile părților interesate**

(55) Comisia a primit observații de la părțile interesate, care pot fi rezumate după cum urmează:

5.1. DÔVERA

(56) Ca răspuns la decizia de inițiere a procedurii, reclamantul, Dôvera a furnizat informații suplimentare cu privire la sistemul de asigurări de sănătate și, în special, argumente suplimentare pentru a-și susține opinia potrivit căreia SZP/VZP sunt întreprinderi care se supun legislației în domeniul concurenței și care au beneficiat de ajutor de stat incompatibil.

(57) Dôvera subliniază că SZP/VZP concurează cu companiile de asigurări de sănătate private care oferă același serviciu și totodată urmăresc obținerea de profit, făcând trimitere la comunicările sale anterioare privind caracterul economic al activității și la jurisprudența recentă a Curții ([32]). În acest context, Dôvera susține că mai multe elemente prezentate de Republica Slovacă și enumerate în decizia de inițiere a procedurii pentru a sublinia caracterul neeconomic al activităților SZP/VZP nu rezistă la o examinare aprofundată. Potrivit Dôvera, reforma care a avut loc în perioada 2004-2005 a fost concepută să creeze o piață competitivă, fapt recunoscut și confirmat atât de sistemul judiciar slovac (și anume, Curtea Constituțională slovacă), cât și de autoritățile slovace. În acest context, Dôvera atrage, de asemenea, atenția asupra faptului că asigurătorii concurează pentru furnizorii de asistență medicală prin activități selective de contractare și prin negocieri privind prețul și calitatea serviciilor și menționează, de asemenea, campaniile de marketing realizate de companiile de asigurări de sănătate pentru a reține și a atrage clienți. Dovera contestă, de asemenea, caracterul exclusiv social al sistemului, făcând trimitere la posibilitatea pe care o au companiile de asigurări de sănătate de a obține profit și de a-l distribui și la disponibilitatea investitorilor privați de a investi în operatorii activi în sectorul asigurărilor de sănătate obligatorii din Slovacia.

(58) Făcând trimitere la observațiile sale anterioare prezentate Comisiei înainte de decizia de inițiere a procedurii, Dôvera susține, de asemenea, că toate măsurile identificate în decizia respectivă ar trebui să fie calificate drept ajutor ilegal în măsura în care toate celelalte elemente prevăzute la articolul 107 alineatul (1) din tratat au fost îndeplinite. În opinia sa, nu se poate considera că Republica Slovacă a acționat ca un investitor într-o economie de piață atunci când a majorat capitalul SZP în 2006 și al VZP în 2010. Dôvera susține, de asemenea, că Republica Slovacă a făcut discriminări între SZP/VZP și companiile de asigurări private prin acordarea unui tratament preferențial SZP în procesul de achitare a datoriilor din perioada 2003-2005, precum și prin introducerea în sistemul de egalizare a riscurilor a doi noi parametri în 2009 și în 2012. În ceea ce privește transferul de portofolii, observațiile Dôvera se concentrează asupra transferului portofoliului de asigurări al EZP, întrucât aceasta nu dispune de informații privind un transfer de portofoliu anterior către VZP. În această privință, Dovera susține că este posibil ca autoritățile slovace să fi dezinformat Comisia cu privire la cadrul juridic aplicabil pentru transferul de portofoliu respectiv.

(59) În cele din urmă, Dôvera susține că autoritățile slovace nu au reușit să demonstreze că furnizarea de asigurare obligatorie de sănătate este un serviciu de interes general și, prin urmare, pune sub semnul întrebării chiar fundamentul unei analize în conformitate cu jurisprudența *Altmark* ([33]) și cu pachetul privind serviciile de interes economic general al Comisiei.

5.2. UNION HEALTH INSURANCE

(60) Observațiile cu privire la decizia de inițiere a procedurii prezentate de Union Health Insurance, celălalt concurent privat al SZP/VZP, sunt, în linii mari, în concordanță cu observațiile prezentate de Dôvera, susținând că SZP și VZP sunt întreprinderi în sensul articolului 107 alineatul (1) din tratat. Union Health Insurance susține că cinci dintre cele șase măsuri descrise în secțiunea 3 din prezenta decizie se califică drept ajutor de stat și sunt incompatibile cu piața internă. În ceea ce privește a șasea măsură, sistemul de egalizare a riscurilor, Union Health Insurance susține că aceasta ar putea îndeplini condițiile jurisprudenței *Altmark* cu privire la compensația pentru

([32]) Cauza T-347/09, Germania/Comisia, 12 septembrie 2013, nepublicată încă.
([33]) Cauza C-280/00 Altmark, Rec., 2003, p. I-7747.

obligația de serviciu public sau poate fi compatibilă cu piața internă în temeiul articolului 106 alineatul (2) din tratat care impune investigații suplimentare cu privire la posibila abordare discriminatorie în favoarea beneficiarului net al sistemului de egalizare a riscurilor, și anume SZP/VZP.

5.3. HPI, INEKO ȘI ZZP

(61) Observațiile cu privire la decizia de inițiere a procedurii prezentate de terți, și anume de celelalte trei părți, HPI, INEKO și ZZP, sprijină, în principal, poziția reclamanților Dôvera și Union Health Insurance conform căreia activitatea are caracter economic și măsurile implică un ajutor de stat prin acordarea unui avantaj selectiv în favoarea SZP/VZP, exprimă convingerea că societățile de asigurări de sănătate își desfășoară activitatea într-un mediu competitiv (prin utilizarea diferitelor modalități de a atrage clienți) și susțin că statul a acordat tratament preferențial companiilor de asigurări de sănătate de stat.

6. **Observații privind decizia de inițiere a procedurii și observațiile suplimentare ale Republicii Slovace**

(62) Republica Slovacă și-a prezentat observațiile privind decizia de inițiere a procedurii și cu privire la observațiile părților terțe.

(63) În observațiile prezentate, autoritățile slovace au furnizat clarificări și argumente suplimentare pentru a-și consolida poziția conform căreia sistemul de asigurări de sănătate obligatorii nu face obiectul normelor în materie de concurență deoarece nu implică o activitate economică. Autoritățile susțin că sistemul slovac de asigurări de sănătate obligatorii nu poate fi calificat drept economic în temeiul jurisprudenței constante a Curții de Justiție ([34]), în special din următoarele motive:

(a) Sistemul are un obiectiv social.

(b) Sistemul se bazează pe solidaritate, ținând seama, în special, de următoarele:

(i) înregistrarea obligatorie a rezidenților slovaci;

(ii) tuturor persoanelor asigurate li se garantează același nivel minim de beneficii;

(iii) contribuțiile nu au legătură cu prestațiile la nivel individual, întrucât contribuțiile sunt stabilite prin lege (nu există concurență în ceea ce privește prețurile);

(iv) între asigurători există solidaritate în ceea ce privește riscurile: sistemul de egalizare a riscurilor și tarifarea comună.

(c) Există un cadru de reglementare detaliat care este supravegheat de către stat: statutul, drepturile și obligațiile tuturor companiilor de asigurări de sănătate sunt stabilite prin lege.

(64) Republica Slovacă respinge ipoteza potrivit căreia, în urma schimbărilor legislative din 2005, sistemul slovac de sănătate a devenit un sistem comercial și susține că sistemul public nu și-a pierdut niciodată caracterul neeconomic. De asemenea, autoritățile atrag atenția asupra faptului că sistemul slovac de asigurări de sănătate face parte din sistemul de securitate socială și indică competențele care revin statelor membre în temeiul articolului 168 alineatul (7) din tratat cu privire la organizarea și furnizarea serviciilor de sănătate.

(65) Autoritățile slovace afirmă, de asemenea, că reforma sistemului de asigurări de sănătate nu a înlocuit asigurarea de sănătate publică cu asigurarea de sănătate privată și nu a permis asigurătorilor privați să acopere riscurile aparținând sistemului obligatoriu de securitate socială. Potrivit Slovaciei, obiectivul principal al reformei în domeniul sănătății a constat în stabilirea unor norme precise în ceea ce privește resursele financiare alocate sănătății, iar reorganizarea, până la 30 septembrie 2005, a tuturor fondurilor de asigurări de sănătate existente sub forma unor societăți pe acțiuni cu norme contabile clar definite părea a fi o modalitate adecvată pentru stabilirea normelor respective. Autoritățile slovace consideră că toate companiile de asigurări de sănătate din Slovacia sunt implicate în gestionarea fondurilor publice încredințate lor în cadrul sistemului public de asigurări de sănătate.

([34]) În special cauzele conexate C-159/91 și C-160/91, Poucet și Pistre; cauza C-218/00 Cisal și INAIL; cauzele conexate C-264/01, C-306/01, C-354/01 și C-355/01, AOK Bundesverband.

(66) Potrivit autorităților slovace, faptul că sistemul slovac de asigurări de sănătate obligatorii permite un grad limitat de concurență în ceea ce privește calitatea ar putea fi considerat un element care încurajează companiile de asigurări de sănătate să funcționeze din punct de vedere economic în conformitate cu principiile unei administrări sănătoase, în interesul bunei funcționări a sistemului și nu ca un element care ar putea influența caracterul neeconomic al sistemului de asigurări de sănătate în ansamblu.

(67) Autoritățile slovace au mai explicat faptul că fondurile acumulate și redistribuite în cadrul sistemului public de asigurări de sănătate slovac prin companiile de asigurări de sănătate reprezintă suma contribuțiilor publice de asigurări de sănătate care sunt obligatorii în temeiul legislației și, prin urmare, fac parte din finanțele publice ale Slovaciei. Prin urmare, toate companiile de asigurări de sănătate sunt însărcinate cu gestionarea fondurilor publice colectate de la public în conformitate cu reglementările legale relevante în vederea utilizării lor pentru acoperirea asistenței medicale.

(68) Pentru a-și sprijini în continuare afirmațiile, autoritățile slovace au amintit, de asemenea, faptul că, inclusiv după ce interdicția privind distribuirea profitului a fost eliminată în 2011, Legea de modificare nr. 250/2011 permitea companiilor de asigurări de sănătate să obțină un profit doar în condiții clar definite, și anume:

(a) introducerea unei taxe pe profiturile companiilor de asigurări de sănătate;

(b) utilizarea obligatorie a profiturilor pentru a crea un fond de rezervă în limita a 20 % din capitalul social vărsat de compania de asigurări (fondul de rezervă poate fi utilizat doar pentru a acoperi pierderile companiei de asigurări respective);

(c) crearea obligatorie a unor dispoziții tehnice care să acopere asistența medicală planificată a persoanelor asigurate de pe listele de așteptare (prin urmare, companiile de asigurări de sănătate nu pot obține profit în detrimentul clienților lor plasându-i pe listele de așteptare în loc să le acopere prompt asistența medicală; acest lucru este esențial pentru asigurarea conformității cu normele contabile general acceptate în sistemul public de asigurări de sănătate).

(69) În această privință, autoritățile slovace au explicat că, atunci când VZP a raportat un excedent, a fost creat un fond de asistență medicală pentru a acoperi utilizarea asistenței medicale și pentru a finanța asistența medicală deosebit de costisitoare acoperită de sistemul public de asigurări de sănătate. În anii în care s-a raportat un excedent, o parte din profiturile VZP a fost alocată, de asemenea, fondului de rezervă legal, care a fost utilizat ulterior pentru reducerea pierderilor acumulate. Prin urmare, potrivit autorităților slovace, niciun profit realizat de companiile de asigurări de sănătate de stat nu a fost distribuit acționarilor.

(70) În acest context, Republica Slovacă indică, de asemenea, o restricție suplimentară impusă companiilor de asigurare de sănătate, care pot împrumuta fonduri doar în temeiul Legii nr. 523/2004 privind normele bugetare ale administrației publice, sub rezerva unei aprobări prealabile din partea Autorității de supraveghere în domeniul sănătății.

(71) Pentru a-și sprijini în continuare afirmația potrivit căreia activitatea de asigurare de sănătate obligatorie nu intră sub incidența normelor în materie de concurență, autoritățile atrag atenția, de asemenea, asupra anchetei realizate în 2009 de Oficiul Antimonopol din Republica Slovacă, care a arătat că activitățile companiilor de asigurări de sănătate sunt realizate în cadrul unui sistem caracterizat printr-un grad ridicat de solidaritate, în care asistența medicală este furnizată gratuit și în care elementele esențiale ale activităților respective sunt reglementate de stat și că, prin urmare, activitățile desfășurate de companiile de asigurări de sănătate în furnizarea de asigurări de sănătate publică nu pot fi considerate activități economice care restricționează concurența, similare celor desfășurate de către întreprinderi. Prin urmare, în opinia Oficiului Antimonopol din Republica Slovacă, legea privind concurența nu se aplică activităților desfășurate de companiile de asigurări de sănătate în furnizarea de asigurări de sănătate publică ([35]).

(72) Autoritățile slovace au mai explicat faptul că, în 2011, Curtea Constituțională a declarat neconstituțională interdicția privind distribuirea profitului introdusă 2007, întrucât aceasta încalcă drepturile de proprietate prevăzute de Constituția slovacă, dar că nu împărtășesc opinia potrivit căreia Legea privind companiile de asigurări de sănătate a restricționat principiile economiei de piață. De asemenea, autoritățile slovace subliniază constatarea Curții Constituționale în această privință conform căreia legislația privind asigurările de sănătate care exclude sau limitează în mod semnificativ impactul instrumentelor economiei de piață și, prin urmare, restrânge concurența este acceptabilă din punct de vedere constituțional.

([35]) Ancheta efectuată de Oficiul Antimonopol în legătură cu fuziunea propusă între SZP și VZP, încheiată la 3 decembrie 2009; a se vedea, de asemenea, raportul anual pe 2009 al Oficiului Antimonopol disponibil la adresa: http://www.antimon.gov.sk/data/att/958.pdf

(73) Pe lângă afirmația conform căreia activitatea de asigurare obligatorie de sănătate în Slovacia nu intră în domeniul de aplicare a normelor în materie de concurență, autoritățile slovace susțin că măsurile nu îndeplinesc celelalte elemente ale ajutorului de stat în temeiul articolului 107 alineatul (1) din tratat. În acest context, autoritățile slovace susțin că injecțiile de capital din 2006 și 2009 nu constituie ajutoare, întrucât acestea respectă principiul investitorului în economia de piață. De asemenea, autoritățile menționate contestă faptul că a existat un tratament discriminatoriu nejustificat în cadrul procesului de achitare a datoriilor din partea Veriteľ și susțin că VZP nu a beneficiat de nicio subvenție în 2006, ci mai degrabă că operațiunea respectivă a implicat o simplă plată de către stat a datoriilor existente. Autoritățile slovace furnizează informații suplimentare privind transferurile de portofoliu de la DZP la VZP și de la EZP la SZP și susțin, de asemenea, că transferurile nu au acordat SZP/VZP un avantaj selectiv în sensul articolului 107 alineatul (1) din tratat. În cele din urmă, autoritățile slovace oferă, de asemenea, informații suplimentare cu privire la sistemul de egalizare a riscurilor, clarificând în special modul în care contribuțiile au fost redistribuite (lunar și anual) în perioada 2006-2012 și susțin că nici măsura respectivă nu poate fi calificată drept ajutor de stat, întrucât aceasta egalizează riscurile incluse în sistem datorită existenței unor rate uniforme de contribuție pentru toate grupurile de persoane asigurate cu diferite grade de risc.

(74) În observațiile referitoare la decizia de inițiere a procedurii, autoritățile slovace și-au apărat poziția conform căreia SZP/VZP nu pot fi considerate întreprinderi deoarece nu desfășoară o activitate economică, iar măsurile în cauză respectă principiul investitorului în economia de piață și nu acordă SZP/VZP niciun avantaj, neimplicând, prin urmare, niciun ajutor de stat. În consecință, autoritățile slovace nu au considerat necesar să prezinte argumente cu privire la compatibilitatea presupuselor măsuri de ajutor.

7. **Evaluarea măsurilor**

(75) În conformitate cu articolul 107 alineatul (1) din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene, „[…] sunt incompatibile cu piața internă ajutoarele acordate de state sau prin intermediul resurselor de stat, sub orice formă, care denaturează sau amenință să denatureze concurența prin favorizarea anumitor întreprinderi sau a producerii anumitor bunuri, în măsura în care acestea afectează schimburile comerciale dintre statele membre".

(76) Pe baza acestei dispoziții, normele privind ajutoarele de stat se aplică doar în cazul în care beneficiarul măsurii este o „întreprindere". Jurisprudența Curții de Justiție a Uniunii Europene (denumită în continuare „CJUE") definește întreprinderea în sensul articolului 107 alineatul (1) din tratat ca fiind orice entitate angajată într-o activitate economică, indiferent de forma juridică sau de tipul de finanțare ([36]). Prin urmare, încadrarea unei anumite entități în categoria întreprinderilor depinde, în totalitate, de caracterul economic sau neeconomic al activităților sale.

(77) Astfel cum s-a explicat în decizia de inițiere a procedurii, răspunsul la întrebarea dacă măsurile acordate în favoarea SZP/VZP constituie ajutor de stat depinde, prin urmare, în primul rând, de măsura în care SZP/VZP, atunci când operează în cadrul sistemului slovac de asigurări de sănătate obligatorii, acționează în calitate de întreprinderi, întrucât s-ar putea considera că acestea sunt angajate într-o activitate economică, în sensul definit de jurisprudență.

(78) Conform CJUE, se consideră activitate economică orice activitate care constă în furnizarea de bunuri și/sau servicii pe o anumită piață ([37]). În acest context, răspunsul la întrebarea dacă există o piață pentru anumite servicii poate depinde de modul specific în care serviciile respective sunt organizate și prestate în statul membru în cauză ([38]). Normele în materie de ajutoare de stat se aplică numai atunci când o anumită activitate este furnizată într-un mediu de piață. Prin urmare, caracterul economic al aceluiași tip de servicii poate varia de la un stat membru la altul. De asemenea, în funcție de opțiunile de politică sau de evoluțiile economice, clasificarea unui anumit serviciu poate varia în timp. O activitate care în prezent nu este considerată comercială poate deveni comercială în viitor și viceversa ([39]).

(79) În ceea ce privește furnizarea de asistență medicală, calificarea sistemelor de asistență medicală ca implicând sau nu activități economice depinde de particularitățile politice și economice și de modul specific în care sistemele sunt instituite și structurate în statul membru în cauză. În esență, jurisprudența CJUE face distincție între sistemele bazate pe principiul solidarității și sistemele economice ([40]).

([36]) Cauzele conexate C-180/98 – C-184/98 Pavlov și alții, Rec., 2000, p. I-6451, punctul 74.
([37]) Cauza 118/85, Comisia/Italia, Rec., 1987, p. 2599, punctul 7; cauza C-35/96, Comisia/Italia, Rec., 1998, p. I-3851, punctul 36; cauzele conexate C-180/98–C-184/98, Pavlov și alții, punctul 75.
([38]) Cauzele conexate C-159/91 și C-160/91, Poucet și Pistre, Rec., 1993, p. I-637.
([39]) A se vedea, în special, punctul 48 din Comunicarea Comisiei privind aplicarea normelor Uniunii Europene în materie de ajutor de stat compensației acordate pentru prestarea de servicii de interes economic general („Comunicarea privind SIEG – 2012") (JO C 8, 11.1.2012, p. 5), punctul 12.
([40]) Comisia a rezumat jurisprudența relevantă a CJUE cu privire la aplicarea normelor menționate finanțării sistemelor de securitate socială și de asistență medicală în Comunicarea sa din 2012 privind aplicarea normelor Uniunii Europene în materie de ajutor de stat compensației acordate pentru prestarea de servicii de interes economic general („Comunicarea privind SIEG – 2012").

(80) Jurisprudența Curții de Justiție a Uniunii Europene utilizează o serie de criterii pentru a stabili dacă un sistem de securitate socială este bazat pe principiul solidarității și nu implică, prin urmare, o activitate economică. O serie de factori pot fi relevanți în această privință: (i) dacă afilierea la sistem este sau nu obligatorie ([41]); (ii) dacă sistemul urmărește un obiectiv exclusiv social ([42]); (iii) dacă sistemul are scop lucrativ ([43]); (iv) dacă prestațiile acordate depind de contribuțiile efectuate ([44]); (v) dacă valoarea prestațiilor plătite nu este neapărat proporțională cu câștigurile salariale ale persoanei asigurate ([45]); și (vi) dacă sistemul este supravegheat de stat ([46]).

(81) Spre deosebire de sistemele bazate pe principiul solidarității, sistemele economice sunt caracterizate, de regulă, prin: (i) caracterul opțional al afilierii ([47]); (ii) principiul capitalizării – și anume, corelarea drepturilor cu contribuțiile plătite și cu rezultatele financiare ale sistemului ([48]); (iii) caracterul lor lucrativ ([49]); și (iv) acordarea unor drepturi în plus față de cele acordate în cadrul unui sistem de bază ([50]).

(82) Unele sisteme combină elemente din ambele categorii (atât din sistemele bazate pe principiul solidarității, cât și din sistemele economice) ([51]), astfel încât, pentru a stabili dacă un anumit sistem este de natură economică sau neeconomică, Comisia trebuie să verifice prezența și să cântărească importanța fiecăruia dintre diferitele elemente menționate în cele două considerente anterioare pentru sistemul în cauză ([52]).

(83) Prin urmare, concluzia finală cu privire la faptul dacă prestarea de servicii de asigurări de sănătate obligatorii în Republica Slovacă constituie o activitate economică sau neeconomică va depinde de o analiză temeinică a modului specific în care activitatea este organizată și efectuată în statul membru respectiv și, în consecință, va fi specifică sistemului de asigurări de sănătate obligatorii din statul membru respectiv. Având în vedere aceste considerații generale, Comisia va evalua dacă măsurile contestate care ar fi fost acordate în favoarea SZP/VZP constituie ajutor de stat în sensul articolului 107 alineatul (1) din tratat privind măsurile acordate unei „întreprinderi".

(84) O serie de indicatori demonstrează caracterul neeconomic al sistemului de asigurări de sănătate slovac, în special în ceea ce privește caracteristicile și obiectivele sale sociale care predomină în funcționarea sistemului respectiv, precum și faptul că sistemul este bazat pe principiul solidarității.

(85) În primul rând, participarea la programul de asigurări de sănătate publice este obligatorie prin lege pentru majoritatea populației din Republica Slovacă și serviciile medicale acoperite în cadrul sistemelor obligatorii de asigurări de sănătate sunt furnizate indiferent de contribuțiile plătite de persoana asigurată. Persoana asigurată are libertatea să aleagă orice companie de asigurări de sănătate și, în temeiul obligației de înregistrare deschisă, compania de asigurări de sănătate aleasă nu poate refuza asigurarea persoanei respective pe motive de vârstă, stare de sănătate sau risc de îmbolnăvire ([53]).

([41]) Cauzele conexate C-159/91 și C-160/91, Poucet și Pistre, Rec., 1993, p. I-637, punctul 13.
([42]) Cauza C-218/00, Cisal și INAIL, Rec., 2002, p. I-691, punctul 45.
([43]) Cauzele conexate C-264/01, C-306/01, C-354/01 și C-355/01, AOK Bundesverband, Rec., 2004, p. I2493, punctele 47-55.
([44]) Cauzele conexate C-159/91 și C-160/91, Poucet și Pistre, citate anterior, punctele 15-18.
([45]) Cauza C-218/00 Cisal și INAIL (citate anterior), punctul 40.
([46]) Cauzele conexate C-159/91 și C-160/91, Poucet și Pistre (citate anterior), punctul 14; cauza C-218/00 Cisal și INAIL (citate anterior); punctele 43-48; cauzele conexate C-264/01, C-306/01, C-354/01 și C355/01, AOK Bundesverband (citate anterior), punctele 51-55.
([47]) Cauza C-67/96 Albany, Rec., 1999, p. I-5751, punctele 80-87.
([48]) Cauza C-244/94 FFSA și alții (citată anterior), punctele 9 și 17-20; cauza C-67/96 Albany (citată anterior), punctele 81-85; a se vedea, de asemenea, cauzele conexate C-115/97–C 117/97 Brentjens [1999] ECR I 6025, punctele 81-85, cauza C-219/97 Drijvende Bokken, Rec., 1999, p. I 6121, punctele 71-75 și cauzele conexate C-180/98–C-184/98 Pavlov (citate anterior), punctele 114 și 115.
([49]) Cauzele conexate C 115/97–C-117/97, Brentjens (citate anterior).
([50]) Cauzele conexate C-180/98–C-184/98, Pavlov și alții (citate anterior).
([51]) A se vedea, de exemplu, ponderea exercițiului efectuat de Curtea de Justiție în cauza C-350/07 Kattner Stahlbau, Rep., 2009, p. I-1513, în special punctele 33-68.
([52]) În acest sens, trebuie notat, de asemenea, că hotărârea recentă (T-347/09, Germania/Comisia, hotărârea din 12 septembrie 2013, nepublicată încă) la care face referire reclamantul Dôvera în observațiile sale privind decizia de inițiere a procedurii nu face decât să confirme faptul că organizațiile nonprofit pot, de asemenea, furniza bunuri și servicii pe o piață (a se vedea, de asemenea, Comunicarea privind SIEG – 2012, punctul 9, cu trimitere la jurisprudență). Cu toate acestea, acest lucru nu schimbă faptul că stabilirea caracterului economic sau neeconomic al activității într-un anumit caz trebuie să se bazeze pe prezența și pe cântărirea importanței fiecăruia dintre diferitele elemente în parte.
([53]) A se vedea considerentele 23-25.

(86) În al doilea rând, sistemul de asigurări de sănătate obligatoriu din Slovacia se bazează pe contribuțiile care sunt stabilite prin lege proporțional cu veniturile persoanei asigurate mai degrabă decât pe riscul asigurat (vârsta, starea de sănătate, riscul de îmbolnăvire al persoanei asigurate). De asemenea, nu există nicio legătură directă între valoarea contribuțiilor plătite de o persoană în cadrul sistemului respectiv și valoarea prestațiilor primite de persoana respectivă în cadrul sistemului. Prin urmare, companiile de asigurări nu pot influența valoarea contribuțiilor sau nivelul minim de acoperire la care au dreptul persoanele asigurate, întrucât acest lucru este stabilit de legislația națională.

(87) În al treilea rând, tuturor persoanelor asigurate le este garantat prin lege același nivel de bază al prestațiilor care este, de fapt, foarte ridicat, având în vedere faptul că acesta acoperă aproape toate procedurile asistenței medicale furnizate în Republica Slovacă, ceea ce înseamnă, practic, că sistemul obligatoriu de asigurări de sănătate acordă asistență medicală completă ([54]). Sistemul de egalizare a riscurilor din Republica Slovacă (RES) garantează partajarea riscurilor de asigurare și, prin urmare, consolidează și mai mult solidaritatea. De asemenea, sistemul slovac impune principiul tarifării comune, și anume asigurătorilor nu li se permite diferențierea primelor în funcție de riscul de asigurare, în timp ce sistemul de egalizare a riscurilor îi compensează parțial pe asigurătorii care au un profil demografic cu un grad mai ridicat de risc în portofoliul lor prin redistribuirea de fonduri de la alți asigurători care plătesc persoanelor asigurate mai puțin decât media prestațiilor către asigurătorii care plătesc mai mult decât media prestațiilor ([55]).

(88) În cele din urmă, pe lângă toate caracteristicile sociale și de solidaritate menționate mai sus, Comisia reamintește că sistemul de asigurări de sănătate obligatoriu din Slovacia este organizat și își desfășoară activitatea în temeiul unui cadru de reglementare solid: statutul, drepturile și obligațiile tuturor companiilor de asigurări de sănătate sunt stabilite prin legi care prevăd condiții detaliate și acestea funcționează sub stricta supraveghere a statului ([56]).

(89) Pe baza acestor caracteristici, Comisia concluzionează că sistemul slovac de asigurări de sănătate obligatorii are caracter neeconomic, prin urmare, SZP/VZP nu pot fi considerate „întreprinderi" în sensul articolului 107 alineatul (1) din tratat ([57]).

(90) Comisia recunoaște că anumite caracteristici ale sistemului slovac de asigurări de sănătate obligatorii ar putea indica natura economică a activităților implicate în sistemul respectiv: (i) prezența mai multor operatori de asigurări (publici și privați) în sectorul asigurărilor de sănătate obligatorii din Slovacia; (ii) un anumit grad de concurență între companiile respective de asigurări de sănătate, care sunt (iii) implicate într-o activitate cu scop lucrativ; și (iv) faptul că activitatea a fost considerată deschisă concurenței de către Curtea Constituțională slovacă. Cu toate acestea, Comisia este de părere că prezența acestor elemente nu readuce în discuție concluzia sa conform căreia asigurarea obligatorie de sănătate în Slovacia este o activitate neeconomică.

(91) În primul rând, Comisia remarcă faptul că existența mai multor operatori (atât publici, cât și privați) care își desfășoară activitatea în sectorul asigurărilor de sănătate obligatorii nu conferă, în sine, un caracter economic activităților într-un sistem în care, astfel cum s-a precizat la considerentele 85-87, predomină caracteristicile sociale și obiectivele sistemului, în a cărui funcționare principiul solidarității are un rol esențial și în care controlul statului este strict. O astfel de interpretare ar conferi o pondere necorespunzătoare măsurilor organizatorice alese de un stat membru pentru a opera o parte a sistemului său de securitate socială, în loc să confere greutate substanței sistemului în cauză ([58]).

(92) În al doilea rând, din jurisprudența Curții de Justiție a Uniunii Europene rezultă, de asemenea, că prezența concurenței în sistemul de asigurări de sănătate și concurența care are loc efectiv, chiar dacă sunt prevăzute de legiuitor și confirmate de autoritățile judiciare, nu conferă în mod necesar un caracter economic activității în cauză. CJUE a precizat faptul că, pentru a formula o concluzie cu privire la caracterul economic sau neeconomic

([54]) A se vedea considerentele 26-29.
([55]) A se vedea considerentele 23-25.
([56]) A se vedea considerentul 32 de mai sus.
([57]) Caracteristicile sistemului de asigurări de sănătate obligatorii slovac sunt similare cu ale sistemului public de asigurări de sănătate obligatorii german evaluate de Curtea de Justiție a Uniunii Europene în cauzele conexate C-264/01, C-306/01, C-354/01 și C-355/01, AOK Bundesverband. CJUE a considerat că sistemul german are caracter neeconomic și a constatat în special că toate casele de asigurări de sănătate germane care au fost obligate prin lege să ofere membrilor lor prestații obligatorii identice în esență, stabilite de stat și care nu depind de valoarea contribuțiilor plătite de persoanele asigurate nu au concurat, prin urmare, una cu cealaltă în ceea ce privește acordarea prestațiilor legale obligatorii și au participat la un sistem de egalizare a riscurilor (a se vedea punctele 52-54 din hotărârea menționată).
([58]) A se vedea, de asemenea, cauza C-350/07 Kattner Stahlbau (citată anterior), punctul 53 și în special concluziile avocatului general Mazak în speță (punctul 59).

al activităților din sistemul obligatoriu de asigurări de sănătate care, la fel precum sistemul slovac, permite o anumită marjă de concurență, natura și gradul concurenței respective, împrejurările în care au loc acestea, precum și prezența și greutatea altor factori relevanți sunt decisive ([59]). În cazul de față, un tip de concurență care îi interesează cel mai mult pe consumatori – concurența la nivelul prețurilor în ceea ce privește valoarea contribuțiilor – este exclusă, întrucât companiile de asigurări de sănătate slovace nu pot modifica nivelul contribuțiilor persoanei asigurate, care sunt stabilite prin lege. De asemenea, domeniul de aplicare a concurenței în ceea ce privește calitatea este destul de limitat, întrucât sistemul slovac de asigurări de sănătate obligatorii prevede o gamă foarte largă de prestații legale care sunt egale pentru toate persoanele asigurate, lăsând astfel o marjă redusă asigurătorilor să concureze pentru a obține clienți prin acordarea de drepturi suplimentare (gratuite). Companiile de asigurări de sănătate nu au posibilitatea de a influența prestațiile legale și, prin urmare, nu sunt în concurență unele cu celelalte sau în ceea ce privește acordarea de prestații legale obligatorii pentru asistență medicală, care constituie funcția lor principală.

(93) În al treilea rând, Comisia consideră că natura neeconomică a activității de asigurare obligatorie de sănătate nu este afectată de faptul că unele companii de asigurări de sănătate intră în concurență în ceea ce privește calitatea și eficiența achizițiilor prin achiziționarea de asistență medicală și servicii conexe de bună calitate de la furnizori, la prețuri competitive. În acest mod, companiile de asigurări, printr-o activitate separabilă de contractul cu persoanele asigurate în cadrul sistemului obligatoriu de asigurări de sănătate, achiziționează resursele necesare pentru a-și îndeplini rolul în cadrul sistemului respectiv. Rezultă din jurisprudența Curții de Justiție a Uniunii Europene că, în cazul în care sistemul obligatoriu de asigurări de sănătate este, datorită caracteristicilor sale inerente, de natură neeconomică, atunci activitatea de achiziționare a resurselor necesare pentru funcționarea sistemului este, de asemenea, de natură neeconomică ([60]).

(94) În al patrulea rând, faptul că reglementarea sistemului obligatoriu de asigurări de sănătate din Slovacia permite companiilor de asigurări de sănătate să obțină profit și să distribuie o parte din profituri către acționari nu schimbă caracterul neeconomic al activităților, întrucât activitățile respective sunt realizate în cadrul unui sistem în care sunt puternic prezente toate elementele menționate mai sus din care rezultă caracterul neeconomic. Simplul fapt că li se permite companiilor de asigurări de sănătate să obțină profituri și să distribuie o parte din profituri nu poate, în sine, să anuleze faptul că predomină caracteristicile și obiectivele sociale ale sistemului, rolul central pe care îl deține principiul solidarității și stricta reglementare și supraveghere din partea statului în baza căreia funcționează sistemul menționat. În ceea ce privește reglementarea din partea statului, Comisia reamintește că posibilitatea de a obține, a utiliza și a distribui profituri este definită și limitată de obligațiile juridice impuse de stat companiilor slovace de asigurări în vederea asigurării viabilității și a continuității sistemului obligatoriu de asigurări de sănătate cu toate obiectivele sociale și de solidaritate predominante ([61]). Prin urmare, libertatea de a obține, a utiliza și a distribui profituri este mult mai limitată în sectorul de asigurări obligatorii de sănătate slovac decât în sectoarele comerciale și este condiționată de realizarea obiectivelor sociale și de solidaritate.

(95) Prin urmare, având în vedere caracterul limitat al concurenței care a fost introdusă în sistemul slovac de asigurări de sănătate obligatorii(și anume, doar o concurență limitată în ceea ce privește calitatea și niciun fel de concurență în ceea ce privește prețul), precum și din cauza restricțiilor privind modul în care se poate obține și utiliza profitul, elementele în materie de concurență și de orientare către profit care sunt prezente în cadrul sistemului de asigurări de sănătate obligatorii din Slovacia nu pun sub semnul întrebării caracteristicile predominante sociale, de solidaritate și de reglementare care indică caracterul neeconomic al activităților realizate de către companiile de asigurări de sănătate în sistemul respectiv. Dimpotrivă, ar trebui să se considere că elementele în materie de concurență și de orientare către profit prezente în sistemul slovac de asigurări de sănătate obligatorii urmăresc obiectivul principal, și anume acela de a încuraja companiile de asigurări să funcționeze în conformitate cu principiile unei administrări sănătoase în interesul unei bune funcționări a sistemului de securitate socială, contribuind astfel la atingerea obiectivului social și de solidaritate al sistemului respectiv ([62]).

(96) În cele din urmă, Comisia consideră că, deși Curtea Constituțională slovacă (atunci când a evaluat o posibilă încălcare a dreptului de a desfășura o activitate comercială, conferit în temeiul Constituției Republicii Slovace) consideră că sistemul slovac de asigurări de sănătate obligatorii „este inclus în domeniul concurenței”, acest lucru nu înseamnă că sistemul în cauză implică activități de natură economică în sensul normelor privind ajutoarele de stat. De fapt, în speță, Curtea Constituțională slovacă a fost invitată să reexamineze dacă interdicția legislativă din

([59]) În această privință, Comisia reamintește că, deși în cauza AOK (cauzele conexate C-264/01, C-306/01, C354/01 și C-355/01, AOK Bundesverband), casele de asigurări de sănătate germane au intrat în concurență în ceea ce privește prețurile prin intenția de varia valoarea contribuțiilor afiliaților, nu fost readusă în discuție constatarea Curții conform căreia casele de asigurări menționate nu au fost implicate într-o activitate economică. Conform CJUE, introducerea unui element de concurență în ceea ce privește contribuțiile pentru a încuraja casele de asigurări de sănătate să funcționeze în conformitate cu principiile unei administrări sănătoase, și anume în modul cel mai eficace și mai puțin costisitor posibil, era în interesul bunei funcționări a sistemului german de asigurări sociale. Conform CJUE, urmărirea acestui obiectiv nu modifică în niciun fel natura activității caselor de asigurări de sănătate (a se vedea punctul 56 din hotărârea respectivă).

([60]) A se vedea cauza T-319/99 FENIN, Rec., 2003, p. II-357 (în special punctul 37).

([61]) Considerentele 84-88.

([62]) Având în vedere, de asemenea, principalul obiectiv (eficiență) al reformei menționate la considerentul 13.

2007 privind distribuirea profitului de către companiile de asigurări de sănătate este compatibilă cu Constituția slovacă (încălcarea dreptului de proprietate, protecția dreptului de proprietate și dreptul de a desfășura o activitate comercială) și este compatibilă cu articolele 18, 49, 54 și 63 din tratat. Curtea Constituțională slovacă a decis că interdicția respectivă constituia o încălcare a Constituției slovace și, prin urmare, nu exista niciun motiv pentru a discuta elementele de fond ale normelor UE privind piața internă sau pentru a se pronunța cu privire la încălcarea acestora.

(97) În acest context, ținând cont de particularitățile cazului de față, de prezența și de ponderarea indicatorilor relevanți, activitatea de asigurare de sănătate obligatorie, astfel cum este organizată și efectuată în Slovacia, nu poate fi considerată ca fiind o activitate economică.

(98) Având în vedere cele de mai sus, Comisia concluzionează că SZP/VZP, în calitate de beneficiari ai măsurilor contestate, nu pot fi considerate întreprinderi în sensul articolului 107 alineatul (1) din tratat și, prin urmare, că măsurile în cauză nu implică ajutor de stat în sensul dispoziției respective.

(99) Prin urmare, nu este necesar să se examineze celelalte condiții privind existența ajutorului de stat în sensul articolului 107 alineatul (1) din TFUE, nici să se evalueze compatibilitatea măsurilor contestate.

8. **Concluzie**

(100) Având în vedere observațiile de mai sus, Comisia consideră că măsurile contestate nu reprezintă ajutor de stat în sensul articolului 107 alineatul (1) din tratat,

ADOPTĂ PREZENTA DECIZIE:

Articolul 1

Următoarele măsuri acordate de Republica Slovacă în favoarea Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s (denumită în continuare „SZP") și/sau Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s (denumită în continuare „VZP") nu constituie ajutor de stat în sensul articolului 107 alineatul (1) din tratat:

(a) majorarea de capital a SZP cu 450 de milioane SKK efectuată între 28 noiembrie 2005 și 18 ianuarie 2006;

(b) achitarea datoriilor SZP prin Veritel' a.s. în perioada 2003-2006;

(c) subvenția acordată SZP de către Ministerul Sănătății în 2006;

(d) majorarea de capital a SZP cu 65,1 milioane SKK efectuată din 1 ianuarie 2010;

(e) sistemul de egalizare a riscurilor instituit în temeiul părții 3 din Legea nr. 580/2004;

(f) transferul portofoliilor companiilor de asigurări de sănătate lichidate, în special ale companiei Družstevná zdravotná poisťovňa către VZP și ale companiei Európská zdravotná poisťovňa către SZP.

Articolul 2

Prezenta decizie se adresează Republicii Slovace.

Adoptată la Bruxelles, 15 octombrie 2014.

Pentru Comisie

Joaquín ALMUNIA

Vicepreședinte